

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean VIVES

Né le 24 décembre 1891

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

APPENDICITES

ET

PSEUDO-APPENDICITES
DYSENTÉRIQUES

Président : M. DELBET, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER
ASSESEUR: G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A la mémoire de Monsieur le Professeur SEGOND

**Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris**

A Monsieur le Docteur LESNE

Médecin de l'hôpital Tenon

A la mémoire de Monsieur le Docteur MATHIEU

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE DELBET

**Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris**

APPENDICITES ET PSEUDO-APPENDICITES DYSENTÉRIQUES

INTRODUCTION

Dans toutes les guerres qui ont traversé le monde, il est une maladie qui est restée inséparable de l'histoire pathologique des armées en campagne : la dysenterie, dysenterie bacillaire pour les pays européens, dysenterie amibienne pour les expéditions coloniales.

Si dans cette guerre, on n'a cependant pas vu les grosses épidémies qui ont autrefois ravagé les troupes, on le doit en grande partie aux efforts qui furent faits de façon continue pour développer dans les meilleures conditions possibles l'hygiène indispensable à des masses d'hommes. Pour l'armée française le résultat fut net et la dysenterie bacillaire qui au début de la guerre fit beaucoup de victimes, vit son épidémicité diminuer notablement dans les deux dernières années, malgré la promiscuité des tranchées, excellente condition pour le développement de cette maladie éminemment contagieuse. En

revanche la dysenterie amibienne peu connue en France avant la guerre (quelques cas rapportés par Dopter, Soc. méd. Hôp., octobre 1904. Caussade et Joltrain à Paris, Billet à Marseille, Garin à Lyon, Chauffard, Landouzy, Debré) a pris un certain développement et les cas de dysenterie amibienne furent relativement fréquents dans les troupes métropolitaines à la suite de leur contact avec des contingents coloniaux, venus de pays où cette affection est endémique.

Ravaut et Kronulitsky (Soc. méd. Hôp., octobre 1915), Job et Ernout (Soc. méd. Hôp., octobre 1915), Rist et Rolland (Réunion méd., 6^e année, novembre 1915), Rathery et Fournials, Cade et Vaucher, Fiesinger et Leroy, Lebœuf et Braun, Roussel, Lemierre, Barat, André P. Marie, Brulé ; tous ces auteurs ont rapporté de nombreux cas autochtones. Carnot et Turquety signalent que l'on rencontre souvent dans la clientèle civile des malades atteints de dysenterie amibienne et récemment Marcel Labbé signalait de nouveau l'importance de la question.

L'armée d'Orient fournit un gros contingent de dysentériques et dans les hôpitaux on rencontre encore des malades trainant une vieille dysenterie contractée en Orient. Paludisme et dysenterie furent à Salonique les deux gros facteurs de maladie.

Pendant le séjour de vingt mois que nous fîmes à cette armée, il nous fut donné d'observer de nombreux cas de dysenteries tant amibiennes que bacillaires et dysenteries non étiquetées. Ce sont les

réflexions suggérées par quelques observations que nous voulons exposer ici.

Nous avons constaté à plusieurs reprises l'existence clinique nette d'un syndrome appendiculaire, correspondant parfois à des lésions de l'appendice, parfois n'ayant comme substratum que des lésions cæcales. La dysenterie étant maintenant en France une maladie courante, il nous a paru intéressant d'étudier cette maladie à ce point de vue. Elle peut intervenir en effet et on devra la rechercher actuellement dans l'étiologie des appendicites.

Ces observations furent prises à l'hôpital de Koritza en Albanie, dans le service du docteur Heuyer. Nous profitons de l'occasion pour remercier notre camarade et ami, le docteur Heuyer, des facilités et des conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de cette thèse.

Disons d'abord quelques mots du syndrome dysentérique.

CHAPITRE PREMIER

LA DYSENTERIE EN GÉNÉRAL SYNDROME DYSENTÉRIQUE

Commun à toutes les dysenteries, le syndrome dysentérique constitue la première étape du diagnostic posé par le clinicien. Nous ne voulons pas l'étudier à fond, sa description a été longuement faite dans les traités classiques. Contentons-nous de l'indiquer dans ses grandes lignes :

Trois symptômes cardinaux caractérisent le syndrome : les douleurs abdominales spontanées et provoquées, le ténesme, les selles fréquentes ayant l'aspect dysentérique caractéristique.

1° *Les douleurs abdominales*, premier symptôme qu'accuse le malade, se traduisent par des coliques plus ou moins intenses, constantes ou intermittentes, précédant, accompagnant ou suivant les évacuations.

L'abdomen est généralement douloureux ; cependant les malades accusent une douleur plus marquée, « en barre », au niveau de la région hypogastrique, sur le trajet du côlon transverse. La palpation détermine des douleurs nettes au niveau de cette région,

sur le côlon descendant, l'S iliaque et très souvent dans la fosse iliaque droite au niveau de la région cæco-appendiculaire. Nous reviendrons sur cette localisation spéciale.

2° *Le ténésme* est cette sensation bien connue de pesanteur, de tension, de constriction éprouvée à la région anale, entraînant des épreintes, des envies incessantes très pénibles de déféquer. L'intensité du ténésme varie suivant les malades. « Dans les cas les plus légers ce n'est qu'un sentiment de pesanteur, de cuisson, de brûlure : mais d'autres fois c'est une douleur horrible qui arrache des cris et détermine la syncope » (Vaillard).

3° *Les selles*. — Le premier symptôme qui frappe le plus c'est leur *fréquence*, fréquence qui varie énormément sans traduire absolument le plus ou moins de gravité de l'atteinte dysentérique. Incompréhensibles quand il y a incontinence de matières par l'anus béant dans les formes les plus graves, leur fréquence varie suivant que le ténésme est plus ou moins marqué entre 100, 150 et 3 à 4 par jour dans les formes bénignes.

Elles ont l'aspect caractéristique de mucus transparent, blanchâtre, floconneux, grumelleux, aspect « frai de grenouille » (Jaccoud). Le sang vient tantôt strier, tantôt s'étaler en placards sanglants, tantôt se mélanger au mucus plus ou moins intimement, donnant l'aspect de jus d'abricot, de crachat rouillé pneumonique. Dans d'autres cas le mucus disparaît en partie, il ne reste plus qu'un liquide séreux, rose

brun où nagent des débris de chair, véritable « lavure de chair » (Stoll). Contrairement à l'opinion classique nous ne croyons pas à l'absence complète de matières fécales dans la dysentérie. Sans doute, du fait même de son régime, le dysentérique aigu ne rend presque pas de matières fécales, mais très souvent à côté du crachat dysentérique pur, il existe dans la journée, une ou deux selles dans lesquelles on retrouve manifestement des matières (Heuyer).

La selle peut revêtir encore l'aspect hémorragique de sang pur non altéré. Dans d'autres cas elles deviennent gangréneuses, horriblement fétides, surtout quand il se greffe sur la lésion type des complications intercurrentes de sphacèle.

Tel est dans ses grandes lignes le syndrome dysentérique type qu'on retrouve toujours plus ou moins marqué dans l'histoire des dysenteries, qu'elles soient bacillaires, amibiennes ou non étiquetées par le laboratoire.

Que ce soit une dysenterie aiguë, grave, que ce soit une dysenterie récidivante par poussées, toujours à un moment de l'histoire de la maladie on retrouve plus ou moins déformé le syndrome tel qu'il vient d'être décrit.

Il traduit en effet l'ulcération du gros intestin et celui-ci est la portion intestinale que touche surtout le microbe ou le parasite pathogène, l'atteinte de l'intestin grêle restant une véritable rareté. Les livres classiques décrivent longuement les lésions qui siègent au niveau du rectum, de l'anse sigmoïde, du

côlon descendant, du côlon transverse, du cæcum, de l'appendice. C'est cette localisation plus fréquente que ne le disent les classiques que nous voulons étudier avec les phénomènes cliniques particuliers qui dans certains cas traduisent une inflammation cæco-appendiculaire.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous étendrons pas sur l'étude anatomo-pathologique des lésions de cette région. Elles n'ont rien de spécial et répètent au niveau de l'appendice les mêmes signes qu'au niveau des autres régions du gros intestin.

Dans la dysenterie bacillaire on peut trouver la simple inflammation catarrhale du début avec muqueuse boursouflée, hyperhémisée par plaques ou formant un piqueté hémorragique. Dans un stade plus avancé, l'intestin est plus œdématié, la muqueuse est rouge vif, et sur sa surface on trouve par place un « enduit diphtéritique » (Virchow) de couleur jaune grisâtre. Enfin on peut trouver l'ulcération elle-même, ulcération à fond plat, superficielle, nettement à ciel ouvert. Elle est large même au début, limitée par des bords taillés obliquement et jamais décollés.

Dans la dysenterie amibienne, l'altération ne porte en général que sur une partie limitée, on y retrouve des érosions minimales, très superficielles, des « verrucosités », des ulcérations recouvertes parfois d'un

exsudat diphtéroïde. La muqueuse n'est lésée que sur une minime étendue.

L'aspect de l'ulcération varie suivant qu'on l'observe au début ou à un stade plus ou moins éloigné. Elle revêt dès le début l'aspect général de « bouton de chemise » l'ulcération sous-muqueuse communiquant par un pertuis étroit fistuleux avec la lumière de l'intestin. Sur une assez grande étendue la muqueuse est décollée d'avec la sous-muqueuse, les bords de l'ulcère surplombent l'ulcération, mais la muqueuse elle-même est peu lésée, seulement aux bords du trajet fistuleux.

Dans ces ulcérations on retrouve les amibes pathogènes. Quand l'ulcération devient chronique elle conserve toujours son aspect « bouton de chemise » mais le fond de la perte de substance a des contours plus irréguliers, sans réaction inflammatoire très marquée. Souvent entre deux ulcérations il se forme un tunnel sous-muqueux qui les joint et la portion de la muqueuse qui les sépare peut tomber laissant ainsi à nu une grande perte de substance.

Avec Heuyer nous insistons sur deux faits : d'une part les dysenteries amibiennes peuvent prendre une forme aiguë avec vastes ulcérations plus ou moins profondes mais gangréneuses ; ce sont surtout ces formes qui donnent des perforations intestinales, souvent des perforations appendiculaires.

D'autre part la dysenterie bacillaire peut prendre une forme chronique avec ulcérations plus profondes pouvant avoir l'aspect en bouton de chemise.

identique à la dysenterie amibienne. Nous n'avons pas observé de lésions appendiculaires d'origine bacillaire.

La fréquence de l'atteinte appendiculaire dans la dysenterie amibienne a été signalée par Kartulis, Wooley et Musgrave, Harris, Hoppe-Seyler qui ont insisté sur la participation de l'appendice aux lésions dysentériques. C'est même au niveau de la région cæco-appendiculaire que les perforations sont le plus fréquentes. Dans la statistique d'Heuyer établie à l'hôpital de Koritza sur 49 autopsies de dysentériques, 7 permirent de vérifier des perforations intestinales. Trois fois la perforation siégeait sur le cæcum, deux fois sur l'appendice, deux fois sur l'anse sigmoïde. Leveuf et Heuyer ont montré que « la partie initiale du gros intestin résiste moins bien à l'ulcération dysentérique que le côlon terminal ». Ils en ont tiré d'ailleurs une conclusion thérapeutique et montrent « l'intérêt d'une intervention chirurgicale qui permettra d'agir directement par des lavages appropriés sur les ulcérations de la partie droite du gros intestin ».

Cette localisation des lésions correspond à la douleur fréquente dans la fosse iliaque droite qu'accusent beaucoup de malades et que nous avons signalée quand nous avons parlé des douleurs abdominales dans le syndrome dysentérique.

Parfois même c'est une véritable crise présentant tous les symptômes d'une crise d'appendicite aiguë et ce sont des observations ayant trait à cet ensemble

de symptômes appendiculaires que nous voulons étudier.

En Allemagne Hoppe-Seyler dans la *Munchen medical Wochenschrift* du 12 avril 1904 a traité de « l'appendicite consécutive à l'entérite amibienne ». Plus près de nous en février 1912 à la Société de Chirurgie, Leroy des Barres a présenté cinq observations d'appendicite sous le titre « Relations de l'appendicite avec la dysenterie amibienne ». Nous lui emprunterons d'ailleurs une de ces observations. Bérard et Vignaud dans leurs remarquables travaux sur l'appendicite signalent aussi les lésions appendiculaires dues aux microbes pathogènes des dysenteries ?

Il existe donc une appendicite vraie au cours des dysenteries avec lésion de l'organe lui-même, mais nous verrons que l'on peut trouver le syndrome clinique appendiculaire sans lésion de l'appendice. Nous décrirons donc les appendicites au cours des dysenteries aiguës et le syndrome pseudo appendiculaire que l'on observe au cours des dysenteries chroniques récidivantes.

CHAPITRE III

APPENDICITE AU COURS DES DYSENTERIES AIGÜES

Au cours des dysentéries aiguës les phénomènes réactionnels de l'appendicite sont le plus souvent masqués par le tableau général de la dysenterie elle-même.

Trois cas peuvent se présenter :

1° La dysenterie évolue avec ses symptômes propres, rien n'éveille l'attention du clinicien du côté cæco-appendiculaire, le malade meurt et l'ulcération appendiculaire est une trouvaille d'autopsie.

En voici deux observations, l'une parue dans le travail d'Heuyer et Leveuf sur les indications de la cæcostomie :

OBSERVATION I

G..., 31 octobre.

Malade depuis cinq jours avec température élevée 38, 39 degrés. Selles glaireuses hémorragiques très fétides.

Mort au bout de vingt-quatre heures.

Autopsie. — Ulcération sur tout le gros intestin y compris le cæcum et l'appendice.

Dans le fonds de l'ampoule cæcale, plaque gangréneuse ayant abouti à la perforation.

Faible réaction péritonéale au voisinage.

Pas d'amibes à l'examen *post-mortem* du produit de raclage des ulcérations.

C'est une dysenterie aiguë dont les ulcérations appendiculaires ne se sont traduites pendant la vie par aucun syndrome clinique appendiculaire.

L'autre observation du même auteur doit paraître dans un travail en préparation sur les dysenteries.

OBSERVATION II

D. V. T..., vingt-cinq ans.

Entre le 25 juillet avec des signes de dysenterie aiguë graves et des signes de congestion pulmonaire bilatérale. Interrogatoire difficile : dit n'avoir pas eu de dysenterie antérieurement, 30 selles par jour. Selles glaireuses, très sanglantes et fétides. Gros intestin douloureux à la pression depuis l'S iliaque jusqu'au cæcum.

Râles sous-crépitants bilatéraux abondants.

Examen des selles : Amibes dysentériques abondantes et nettes.

Pas de flagellés.

Pas de spirilles.

Copro-culture négative.

On institue le traitement à l'émétine et lavages antiseptiques.

4 août. — Apparition d'un souffle à la base gauche. Nombre

de selles incômptable. Pouls mauvais. Selles toujours glai-
reuses, sanglantes, fétides.

8 août. — Mort avec le même état pulmonaire, un pouls
devenu incomptable et des selles toujours fétides, chaque
lavage intestinal ramenant des débris de muqueuse noi-
râtres mélangés à du sang.

Autopsie. — Bronchopneumonie bilatérale : hépatisation
des deux lobes inférieurs. Petits placards d'endaortite à
l'origine de l'aorte.

Deux petits abcès du foie gros comme une noisette, un
dans le lobe gauche, l'autre dans le lobe droit (pas d'amibes
à l'examen du pus). Dégénérescence graisseuse du foie qui
est gros et qui présente des placards jaunâtres.

Rate normale. Reins congestionnés. Capsules surrénales
très congestionnées.

Intestin. — Ulcérations larges, profondes, sur tout le gros
intestin du cæcum au rectum. Pas d'épaississement de la
paroi cæcale mais un épaississement de la sous-muqueuse de
l'S iliaque.

Près de l'angle droit du côlon et de la partie supérieure du
côlon descendant, deux ulcérations très profondes vont jus-
qu'à la séreuse qui est à la veille d'une perforation certaine.
Sang sur la muqueuse, tout le long du gros intestin. Abon-
dantes ulcérations de l'ampoule cæcale, mais elles s'arrêtent
net à la valvule iléo-cæcale.

Rien sur l'intestin grêle entièrement déroulé et ouvert.
Mais une ulcération profonde, taillée à pic existe près de la
pointe de l'appendice : glaires et pus dans la lumière de l'or-
gane, abondantes amibes dysentériques dans le pus de l'ul-
cération.

Donc chez ce malade, dysenterie aiguë chez lequel l'ulcération appendiculaire pourtant très nette ne se traduit par aucun signe clinique spécial, le syndrome aigu dysentérique dominant tout le tableau.

2° L'appendicite est masquée non plus par les phénomènes dysentériques mais par le tableau de la péritonite aiguë généralisée due souvent à sa perforation, dans d'autres cas à des perforations d'une autre portion du gros intestin.

OBSERVATION III

(Heuyer et Leveuf, *Indication de la cœcostomie*
Revue de Chirurgie, décembre 1918).

K..., entré le 20 septembre. Mort le 16 octobre.

Température entre 38 et 39 degrés.

Selles glaireuses et très sanguinolentes.

Tombent rapidement de 16 à 4.

Amibes +.

Douleurs sur tout le gros intestin.

Signes cachectiques. Amaigrissement.

Le 5 octobre, muguet sur les piliers du voile et la face interne des joues.

Sécheresse de la langue.

Mort dans l'adynamie.

Autopsie. — Péritonite séreuse. Ulcérations dysentériques sur tout le côlon, principalement sur l'S iliaque, le cæcum et l'appendice qui est perforé.

Poumon : congestion des bases.

Cœur : épanchement péricardique avec tâches laiteuses sur le péricarde.

Conclusions : forme chronique à rechute avec mort par péritonite due à une perforation de l'appendice.

C'était un malade chez qui la péritonite par perforation ne se traduisit par aucun signe pouvant orienter le diagnostic vers la perforation appendiculaire.

3° Dans d'autres cas il y a encore péritonite généralisée mais le malade a présenté pendant sa vie des douleurs dans sa fosse iliaque droite, des phénomènes de réaction péritonéale de la région cæco-appendiculaire qui ont pu faire porter le diagnostic de l'appendicite au cours d'une dysenterie aiguë.

OBSERVATION IV (D^r Heuyer)

R... Ismaïl, quarante ans. Albanais.

Entré à l'hôpital le 12 septembre 1918.

Selles glaireuses très fétides, très fréquentes.

Hoquet, polypnée, coliques, épreintes, ténesme.

Langue saburrale et sèche.

S iliaque peu douloureux.

Douleur très vive à la palpation de la fosse iliaque droite, plus localisée au point de Mac Burney.

Il existe une très nette défense de la paroi musculaire.

L'extension des psoas est douloureuse.

On ne trouve pas de plastron, mais toute la région est submate.

Rate normale.

Foie normal.

Examen des selles : On constate la présence d'amibes dysentériques.

Pas de flagellés.

Pas de spirilles.

Copro-culture négative.

13 septembre. — Douleur et zone submate de toute la région cæco-appendiculaire.

On sent dans la profondeur un empâtement difficile à délimiter exactement par suite de la réaction très nette de défense de la paroi musculaire.

Le malade présente à ce niveau des signes nets de péritonite localisée.

Selles sanglantes, fétides, extrêmement nombreuses.

Pouls filant incomptable.

12 septembre. — Même état. Selles sanglantes et fétides.

Très mauvais état général du malade. Pouls incomptable presque imperceptible, faciès pincé, hoquet, pas de vomissements.

Mêmes signes de péritonite localisée dans la fosse iliaque droite.

15 septembre. — Mort au matin.

Autopsie. — Rien au cœur, rien aux poumons, rien à la rate, rien au foie, rien aux reins.

Capsules surrénales atrophiées.

Dysenterie aiguë gangréneuse de tout le gros intestin. Ulcérations les unes superficielles, les autres larges et profondes. Décollement de la muqueuse avec un lambeau de muqueuse noirâtre flottant dans la lumière intestinale.

Aspect typique de « peau de léopard ».

Perforation grande comme une pièce de vingt sous à l'union du cæcum et du côlon ascendant. Ulcération à la valvule de Gerhlach.

Perforation gangréneuse de la pointe de l'appendice.

Péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, fausses membranes et adhérences.

Rien sur l'intestin grêle entièrement déroulé et ouvert.

Amibes au niveau des ulcérations et amibes dans le pus abdominal.

Ce malade était atteint de dysenterie aiguë amibienne.

L'appendicite concomitante s'est traduite ici avant la mort du malade par une réaction très nette de péritonite localisée dans la fosse iliaque droite au niveau de la région cæco-appendiculaire, tout à fait analogue cliniquement aux péritonites localisées des appendicites aiguës décrites dans les livres classiques.

Cette forme d'appendicite se traduisant par des symptômes cliniques nets nous paraît exceptionnelle, nous ne l'avons trouvée que chez un des malades sur les quatre observés.

Le plus souvent les signes appendiculaires passent inaperçus et le syndrome dysentérique domine toute l'histoire de la maladie.

Il faut retenir en outre la gravité de ces appendicites qui se compliquent très fréquemment de perforations entraînant la mort du malade par péritonite généralisée. Cette considération doit être envi-

sagée de très près quand il faudra se poser la question du traitement, tout signe appendiculaire suspect au cours d'une dysenterie aiguë devant amener l'intervention, à notre avis.

CHAPITRE IV

PSEUDO-APPENDICITE AU COURS DES DYSENTERIES CHRONIQUES RÉCIDIVANTES

A côté de cette appendicite dont les symptômes sont réduits au minimum perdue dans le tableau général de la dysenterie qui domine l'histoire du malade, il existe dans les dysenteries chroniques récidivantes, une forme qui présente le tableau clinique des appendicites chroniques à rechutes tel qu'on le décrit dans les livres classiques, véritable syndrome appendiculaire avec tous ses symptômes.

Nous aurons deux choses à étudier : le syndrome appendiculaire lui-même et les phénomènes concomitants de la dysenterie chronique.

1^o Syndrome appendiculaire

SYMPTOMATOLOGIE

En général l'histoire est la suivante. A une date indéterminée, six mois, un an, quelquefois davantage, avant que le malade rentre à l'hôpital, il a eu

une crise nette de dysenterie aiguë, coliques, ténésme, épreintes, selles dysentériques typiques. Dès cette première crise le malade accuse souvent une douleur plus forte au niveau de sa fosse iliaque droite. Sous l'influence du traitement approprié les phénomènes pathologiques rentrent dans l'ordre. Cependant la douleur persiste dans la fosse iliaque droite, douleur sourde indéterminée, qui revient sous l'influence d'une fatigue, d'un changement brusque de régime, d'une poussée de diarrhée sans que celle-ci ne présente extérieurement aucun aspect spécial.

Le malade fait ainsi deux, trois poussées de dysenterie avec douleurs toujours nettes dans la fosse iliaque droite. Brusquement, coïncidant en général avec une poussée de dysenterie, succédant parfois à une période de constipation, il s'installe un véritable syndrome appendiculaire.

Le malade se plaint de douleurs quelquefois très vives de sa région cæco-appendiculaire.

La température monte à 38-39 degrés, le pouls oscille autour de 80, 90.

La langue est sale et le malade présente un peu l'aspect d'un embarras gastrique fébrile.

Souvent, pas toujours, il a des nausées, des vomissements n'ayant aucun caractère spécial.

L'examen de l'abdomen permet de constater l'existence plus ou moins nette de la triade de Dieulafoy, des phénomènes de réaction locale, de péritonite péri-appendiculaire.

Symptômes douloureux. — Étudiés systématiquement, on trouve : L'hypéresthésie, à fleur de peau, provoquée par le chatouillement (signe de Dieulafoy), n'existe le plus souvent pas. Personnellement sur les six malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous ne l'avons trouvée qu'une fois et très peu marquée.

En revanche la pression au niveau du point de Mac Burney a, chaque fois, déterminé une douleur nette, exquise, irradiant à tout l'abdomen.

La défense de la paroi est plus ou moins nette, plus ou moins marquée suivant l'intensité des phénomènes douloureux, mais elle existait toujours au moment des poussées douloureuses que nous avons pu constater. La douleur à la pression au niveau du point de Lanz est moins nettement localisée qu'au niveau du point de Mac Burney.

L'extension du psoas est douloureuse et la pression de la fosse iliaque gauche détermine par transmission une douleur légère dans la fosse iliaque droite (signe de Rovsing).

Symptômes locaux. — La réaction péritonéale détermine souvent au niveau de la région cæco-appendiculaire, une tuméfaction plus ou moins perceptible variant avec l'intensité de la réaction. Elle peut ne pas exister et nous ne l'avons trouvée que chez trois de nos malades. Chez l'un, cependant, elle fut très nette (obs. V).

A la palpation on a cette sensation de plastron lisse et plat doublant la paroi à forme plus ou moins

ovoïde, douloureux, submat à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde, ceci dû probablement au météorisme fréquent du cæcum sous-jacent.

Chez les malades que nous avons observés, la douleur ne fut jamais absolument localisée au niveau de la fosse iliaque droite. Le syndrome appendiculaire dominait dans l'histoire de la maladie, mais la palpation de l'S iliaque, du côlon descendant, du côlon transverse, était, à un degré moindre, douloureuse.

2° Dysenterie chronique récidivante

SYMPTOMATOLOGIE

Parallèlement à ces phénomènes d'appendicite évoluait la dysenterie chronique avec ses phénomènes particuliers se surajoutant au syndrome appendiculaire décrit.

Ce sont ces troubles intestinaux dont l'étude a été faite par Mouriquand et Deglos que nous voulons exposer et nous adopterons la classification de ces auteurs qui divisent ces troubles en trois variétés, d'après le type des selles : type diarrhéique, type des selles pâteuses, crémeuses, type des selles en las.

1° *Diarrhée*. — Le malade depuis longtemps a une diarrhée persistante résistant à la diététique ordinaire, trois ou quatre selles par jour. Très souvent

d'ailleurs l'homme ne s'est pas soigné, n'a pas suivi de régime approprié.

La selle est formée d'un liquide noirâtre, brunâtre, quelquefois vert foncé, parfois jaune clair. Elle n'a pas d'odeur très fétide et mise dans un verre elle laisse un dépôt abondant. Avec un agitateur l'on ramène des parcelles de mucus mais peu de glaires.

Le malade est très amaigri, surtout la face, le ventre, les membres inférieurs. Il a l'aspect clinique d'un déshydraté, peau sèche, pâle, yeux escavés. L'appétit est presque nul, la langue sale, le malade très asthénique.

2° *Selles crémeuses, pâteuses, en purée.* — La selle est formée d'une pâte plus ou moins consistante, de consistance variant entre celle de la colle de pâte et celle d'une mousse au chocolat. De couleur le plus souvent noirâtre, brunâtre, elles peuvent prendre l'aspect verdâtre, purée de pois verts, quelquefois jaunâtre.

Cette masse homogène, a un aspect luisant, glacé, due au mucus qui semble l'imbiber et souvent au-dessus de la masse fécale on note une partie plus liquide.

Pas de portion moulée pendant toute cette période.

Le malade a trois ou quatre selles par vingt-quatre heures.

C'est à cette période que le malade se plaint le plus de phénomènes douloureux, sensation de plénitude abdominale pénible avec douleur en barre au

niveau de la région hypogastrique, malaises sourds, faux besoins. Ces troubles prédominent le matin et une heure environ après les repas, disparaissant au fur et à mesure qu'on s'en éloigne.

3^e *Selles en tas*. — Ce sont les selles caractéristiques de la colite muqueuse décrite pour la première fois par notre maître Mathieu. La selle « en tas » est une selle de consistance épaisse, ne contenant jamais de matières moulées et dures, s'étalant en « bouse de vache », mais restant toujours compacte. Comme dans la selle du type précédent, elle a l'aspect glacé que lui donne le mucus qu'on retrouve en parcelles intimement liées à la masse fécale. Quand on en délaye un fragment dans un verre de montre, jamais on ne retrouve de paquets de glaires, de fausses membranes à leur surface comme dans la colite muco-membraneuse.

Ce sont les trois types de selles que l'on rencontre dans les périodes d'apparente guérison des dysenteries chroniques récidivantes ; mais si nous avons pris pour la décrire une selle type, il s'en faut que leur différence soit ainsi tranchée. Les types se confondent, de plus il y a des alternatives de diarrhée, de constipation, le dysentérique passe de la selle « en tas » à la selle « crémeuse », rien n'est variable comme sa garde-robe. Sous l'influence du traitement approprié il peut même avoir des selles moulées normales comme souvent, pour une cause en apparence futile, il peut revenir à la selle dysentérique type avec mucus, glaires sanglantes, coliques, éprein-

tes, ténésme, comme cela s'est présenté pour les malades que nous avons examinés.

D'autre part, au cours de ces périodes diarrhéiques, de selles pâteuses, etc., des dysenteries chroniques ; au cours de poussées aiguës glaireuses et sanglantes, l'examen de laboratoire permet de déceler des amibes vivantes, des kystes à quatre noyaux ; la copro-culture est positive pour les bacilles de Shiga, Flexner ou His : A noter en effet que sans avoir la fréquence de la dysenterie chronique amibienne, la dysenterie bacillaire prend l'allure chronique beaucoup plus fréquemment que ne disent les classiques.

OBSERVATION I

D..., vingt-deux ans.

Entre le 8 juillet 1918.

Le malade est en Orient depuis mai 1917, il n'a jamais eu de paludisme, mais son histoire permet de constater des antécédents dysentériques. Il aurait eu, en mars 1918, des crises de diarrhée avec glaires et sang dans les selles. Déjà à cette époque, il accuse une douleur vive au niveau de sa fosse iliaque droite, douleur, dit-il, qui ne l'a jamais quitté entièrement.

Trois jours avant son arrivée, le 5 juillet 1918, il a une nouvelle crise douloureuse du côté de sa fosse iliaque droite, cette fois accompagnée de vomissements et de fièvre. Le malade est envoyé avec le diagnostic suivant : Appendicite ? En observation.

8 juillet. — On examine le malade à son entrée et l'on constate :

Malade peu amaigri, en bon état, ne vomit pas. La température oscille autour de 37°5, 38 degrés.

Le pouls autour de 80, 90.

La langue est légèrement saburrale.

L'examen méthodique de l'abdomen permet de constater : il n'existe pas d'hypéresthésie cutanée. La fosse iliaque droite est douloureuse et il existe une défense musculaire à son niveau légère.

La douleur à la pression au point de Mac Burney est très nettement localisée.

Pas de signe du psoas.

La transmission de la pression de gauche à droite n'est pas douloureuse.

Le foie déborde, un peu douloureux.

La rate est percutable.

Les urines normales.

Rien de particulier ailleurs.

Les selles sont moulées, normales.

Du 8 au 28 juillet, la température revient à la normale, l'état reste le même.

28 juillet. — La température monte à 38°5, le malade ne vomit pas.

La fosse iliaque droite est plus douloureuse, la douleur au point de Mac Burney plus vive, la défense de la paroi musculaire plus forte.

L'extension du psoas est un peu douloureuse.

La palpation de l'S iliaque réveille des douleurs pas très fortes.

Les selles jusque-là normales se transforment; de une par jour passent à 4. Ce sont des selles « en tas », des selles « bouse de vache », quelques glaires.

30 juillet. — Même état. Le malade a quelques coliques sourdes mais ni ténésme ni épreintes.

Les selles deviennent plus liquides, crémeuses, 3 à 4 par jour.

On pratique l'examen microscopique.

Cet examen est positif pour les amibes, négatif pour les flagellés, négatif pour les spirilles.

La copro-culture est négative.

Le traitement à l'émétine est institué pendant une semaine, le malade ayant journellement 0 gr. 08 d'émétine.

18 août. — Les selles ont diminué de fréquence, une ou deux par jour, elles présentent quelques parties moulées, mais sont toujours un peu « en tas ».

Le malade souffre toujours de sa fosse iliaque droite au niveau de sa région cæco-appendiculaire, il n'y a cependant plus de défense musculaire.

25 août. — Devant la persistance des phénomènes douloureux appendiculaires on décide l'appendicectomie.

On trouve un appendice très long, 0,20 centimètres.

A l'examen celui-ci est parfaitement normal, perméable, ne présente ni ulcérations, ni amibes, ni kystes à 4 noyaux.

Le cæcum est épaissi et violacé.

Les suites de l'opération sont normales.

5 sept. — Il n'y a plus qu'une selle par jour, selle moulée normale. La douleur n'a cependant pas disparu au niveau de la fosse iliaque droite.

Le malade est évacué le 10 septembre.

Ce malade était atteint de dysenterie chronique amibienne récidivante. C'est le seul que nous ayons opéré, la persistance des troubles appendiculaires nous faisant croire à une appendicite vraie. Dans ce cas l'appendice fut trouvé parfaitement sain, mais le cæcum était nettement malade. Nous verrons plus loin les conclusions que nous pouvons en tirer.

OBSERVATION II

F... Le malade est rentré à l'hôpital le 2 août 1918 avec le diagnostic suivant : « Evacué pour intervention pour crise appendiculaire. »

Il est en Orient depuis le 10 mars 1918. Il aurait eu au début de 1917 sur le front français une crise de diarrhée avec glaires sanguinolentes, qui aurait duré un mois à la suite de laquelle hospitalisé il fut envoyé en convalescence. En août 1917, il a une nouvelle poussée de diarrhée accompagnée de coliques très fortes, ténesme et épreintes : il souffre beaucoup de sa fosse iliaque droite, a des vomissements, de la fièvre. Il reste un mois à l'hôpital.

26 juillet 1918. — Nouvelle crise de diarrhée, le malade souffre beaucoup dans la région cæco-appendiculaire, il ne vomit pas, mais sa température est montée jusqu'à 38°8.

2 août. — Le malade entre dans le service et à l'examen on constate :

Le malade est amaigri, fatigué, pâle.

La température est de 38 degrés. Le pouls oscille autour de 90.

La palpation de l'abdomen est généralement douloureuse.

L'S iliaque épaissie, douloureuse, roule sous le doigt.

Il n'y a pas dans la région cæco-appendiculaire d'hypéresthésie cutanée, pas de défense de la paroi musculaire.

La pression au point de Mac Burney permet de déceler une douleur localisée très nette.

L'extension du psoas n'est pas douloureuse.

La transmission de la douleur à la pression de gauche à droite indifférente.

Le foie est normal, la rate percutable.

Les urines normales, rien de particulier à signaler ailleurs.

Le malade souffre de coliques que réveille l'examen, plus marquées à droite qu'à gauche. Le ténésme est marqué, des épreintes, pas de vomissements.

Les selles, 5 à 6 par jour, pâteuses, crémeuses, même une ou deux diarrhéiques avec présence de glaires sanguinolentes.

Microscopiquement, l'examen pratiqué donne : pas d'amibes, pas de flagellés, des spirilles, 10 par champ environ.

La copro-culture est positive pour les bacilles de Shiga.

L'agglutination est positive au 1/1000 avec le Shiga-sérum, négative avec le Flexner-sérum.

Le sérum du malade agglutine avec son bacille au 1/100.

Le séro-diagnostic au Shiga est positif au 1/100.

3 août. — Le malade souffre davantage, la dysenterie s'installe plus nette avec son cortège de coliques, de ténésme, d'épreintes.

Les selles plus fréquentes de 10 à 12 par jour sont diarrhéiques, quelques-unes mêmes sont nettement sanglantes, véritable crachat dysentérique mucoso-sanglant.

Les phénomènes douloureux de la région cæco-appendiculaire sont masqués par la dysenterie. Le pouls est petit, la faiblesse marquée et le malade a un très mauvais état général.

On institue le traitement sérothérapique.

4 à 7 août. — Le malade reçoit 200 centimètres cubes de sérum antidysentérique en même temps que 0,20 de Néo-Salvarsan.

12 août. — Légère éruption sérique.

Sous l'influence du traitement les selles redeviennent très vite normales et le 12 le malade a des selles moulées. Le malade se remonte très rapidement.

24 août. — Les selles sont moulées, normales, une par jour, les phénomènes dysentériques ont disparu. Il persiste toujours une douleur vague au niveau de la région cæco-appendiculaire et de l'S iliaque.

Le malade est évacué le 25.

Il s'agissait ici d'une dysenterie chronique bacillaire récidivante ; les phénomènes s'amendèrent très vite sous l'influence du traitement spécifique, qui ne put cependant amener la sédation complète des symptômes douloureux cæco-appendiculaires.

OBSERVATION III

E..., vingt-trois ans.

Entre à l'hôpital le 29 juillet 1918.

Le malade est évacué avec le diagnostic suivant : « Appendicite aiguë, péritonite localisée, douleur au point de Mac Burney, défense des droits, plastron ».

Cet homme est en Orient depuis un an, il n'a pas eu de paludisme. En novembre 1917 il a eu pour la première fois une crise nette de dysenterie aiguë avec coliques violentes, tenesme, épreintes, selles glaireuses et sanguinolentes qui dura environ une dizaine de jours. Depuis, à plusieurs reprises, il a fait de nouvelles poussées de durée variable avec chaque fois des selles sanglantes. Il n'accuse pas dans son histoire plus particulièrement de douleur dans la fosse iliaque droite.

10 juillet 1918. — Le malade fait une crise de douleurs abdominales très nettes dans la fosse iliaque droite, il a quelques nausées, ne vomit pas, la température monte à 38°7. Au moment de sa crise le malade était constipé. Cette constipation succédait à une poussée de selles glaireuses non sanguinolentes qu'il aurait eue dans les premiers jours de juillet.

29 juillet 1918. — Le malade rentre à l'hôpital. A l'examen il paraît être en bon état, non amaigri ; un peu fatigué. La température est normale, le pouls oscille autour de 80.

Du côté de la fosse iliaque droite :

Il n'y a pas d'hypéresthésie cutanée, pas de défense musculaire, seule localisée nettement au point de Mac Burney, une douleur profonde réveillée par la pression. Pas de douleur à la transmission de gauche à droite. Pas d'empatement profond. Pas de matité.

Il existe à droite une légère douleur à l'extension du psoas.

Les selles sont moulées, normales.

30 août. — La température monte à 37°9, le malade se plaint de coliques.

Trois à quatre selles pâteuses.

L'examen microscopique pratiqué le soir même est négatif ; on ne trouve : ni amibes,

ni spirilles,

ni flagellés.

La fosse iliaque droite est plus douloureuse ; il y a une légère réaction de défense de la paroi.

1^{er} septembre. — L'état ne s'améliore pas ; le malade souffre toujours, il a en outre un peu de ténesme, quelques épreintes.

L'S iliaque est douloureuse à la palpation de même que la région cæco-appendiculaire au niveau de laquelle la réaction de défense des muscles se fait plus nette. La douleur à l'extension du psoas est plus marquée. Pas d'empâtement, pas de plastron.

Les selles sont « en tas » « bouse de vache », quelques-unes crémeuses et même diarrhéiques au nombre de 5 à 6 dans la journée.

On fait un nouvel examen microscopique. Le résultat est le suivant : Pas d'amibes vivants

Kystes à quatre noyaux nombreux et nets

Pas de spirilles

Pas de flagellés.

Le traitement à l'émétine est immédiatement institué 0,04 le matin, 0,08 le soir pendant une semaine. On fait en même temps une injection de 0,20 de Néo-Salvarsan.

15 septembre 1918. — Les selles sont normales, moulées, une par jour. Un nouvel examen microscopique est négatif.

Les phénomènes dysentériques ont disparu, il n'y a plus de coliques, de ténesme, d'épreintes.

L'S iliaque est épaissie et douloureuse.

La région cæco-appendiculaire est douloureuse, avec une douleur localisée nettement au point de Mac Burney, il existe toujours à ce niveau une défense musculaire légère. Le malade est évacué le lendemain pour nécessités militaires.

Ici, dysenterie amibienne nette avec persistance malgré le traitement de signes appendiculaires nets.

OBSERVATION IV

D..., vingt-six ans.

Entre à l'hôpital le 9 juillet 1918.

Le malade est en Orient depuis dix mois. C'est un paludéen. Quelque temps après son arrivée à Salonique, il a eu une poussée de diarrhée avec selles glaireuses et sanglantes accompagnée de coliques violentes avec ténésme et épreintes nets.

Il est malade depuis trois semaines environ : Malade qui traîne, sans appétit, asthénique ; il a des alternatives de diarrhée et de constipation ; par intervalle même il a des nausées, deux ou trois fois il a eu des vomissements. Il souffre, se plaint surtout de sa fosse iliaque droite ; sa température oscille autour de 37°8, 38°5. De plus il urine difficilement, souvent et doit se lever chaque fois.

9 juillet 1918. — Examen pratiqué à son entrée : Le malade est amaigri, fatigué, pâle, les traits tirés. La température est à 38 degrés, le pouls oscille autour de 80. La langue est saburrale.

La palpation de l'abdomen est généralement douloureuse.

Du côté fosse iliaque droite, il n'y a pas d'hypéresthésie cutanée mais une nette réaction de défense de la paroi musculaire.

La pression au point de Mac Burney éveille une douleur très vive.

On ne sent ni empâtement, ni plastron, mais toute la région est submate.

L'extension du psoas est douloureuse des deux côtés.

Pas de douleur à la transmission de gauche à droite.

L'S iliaque et le côlon descendant sont douloureux

Pas de gros foie.

La rate est perceptible sur trois travers de doigt.

Le malade fait de la rétention d'urine momentanée, mais n'a jamais eu besoin de sondage.

Un peu de ténesme, quelques épreintes.

Les selles de 5 à 6 par jour sont liquides, jaunâtres, quelques glaires mais pas de sang.

L'examen microscopique permet de constater la présence d'amibes vivants et de nombreux kystes à 4 noyaux.

On ne trouve ni flagellés, ni spirilles.

On institue le traitement à l'émétine : 0,04 le premier jour, 0,08 le deuxième, 0,12 le troisième, 0,08 le quatrième, 0,12 le cinquième, 0,08 le sixième.

En même temps on donne du sulfate de soude à petites doses XV gouttes de laudanum par jour, de grands lavages quotidiens à la liqueur de Labarraque à 30/000.

27 juillet, 3 août. — Sous l'influence du traitement les selles tombent de 6 à une par jour. Les coliques et le ténesme

disparaissent. Le 3 août une selle dans la journée, moulée, normale.

La palpation du côlon descendant et de l'S iliaque n'est plus douloureuse.

Seule persiste au niveau de la région cæco-appendiculaire une douleur nette, mais il n'y a plus de défense musculaire.

Le malade est évacué en bon état le 6 août.

OBSERVATION V

H..., vingt-six ans.

Entre à l'hôpital le 29 juillet 1918.

Le malade est évacué avec le diagnostic suivant : « Crise d'appendicite récidivant pour la troisième fois, traitée par des applications froides, crise apaisée, malade à opérer quand il sera refroidi ».

En Orient depuis cinq mois. N'est pas paludéen.

Il a eu peu de temps après son arrivée à Salonique une crise nette de dysenterie, coliques, ténesme, épreintes avec selles glaireuses et sanglantes. Dès ce moment les douleurs dont il se plaignait étaient surtout marquées dans la fosse iliaque droite.

29 juillet 1918. — On examine le malade qui vient d'entrer à l'hôpital et l'on constate :

Malade en bon état physique, non amaigri.

La température la veille à 37°8 est le matin à 37°5.

Le pouls oscille autour de 85-90

Langue propre normale.

Le malade n'a pas de nausées, ne vomit pas.

Il se plaint de temps à autres de coliques ; il a un peu de ténésme.

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse.

Il n'y a pas d'hypéresthésie cutanée. La pression réveille au point de Mac Burney une douleur nettement localisée et il existe une réaction de défense de la paroi musculaire, légère mais nette.

On trouve à ce niveau un plastron dur, lisse, légèrement submat.

Il y a de la douleur à la transmission de la pression de la fosse iliaque gauche dans la fosse iliaque droite.

L'extension du psoas ne réveille aucune douleur.

L'S iliaque et le côlon descendant sont indolores.

Pas de gros foie, pas de grosse rate.

Deux selles par jour, moulées mais enrobées par des glaires, quelques-unes striées de minces filets de sang.

30 juillet. — Légère aggravation de tous les phénomènes abdominaux signalés la veille. Les coliques dont se plaignait le malade sont plus fortes, le ténésme plus marqué.

Quatre selles dans la journée, selles « entas », bouse de vache quelques stries sanglantes dans la masse fécale luisante.

L'examen microscopique ne permet aucun diagnostic précis, on ne trouve ni amibes, ni kystes, ni flagellés, ni spirilles. La copro-culture est également négative.

2 août. — Nouvel examen microscopique donnant le même résultat négatif.

4 août. — Nouvel examen aussi négatif que le premier. Le malade a toujours quatre selles par jour ayant le même aspect « en tas » bouse de vache.

On donne du sulfate de soude à petites doses, XV gouttes de landanum et on fait au malade des lavages journaliers avec la liqueur de Labarraque à 50/000.

5 août. — Le malade souffre moins, n'a plus de coliques, plus de ténésme, mais les selles ne sont pas normales, trois par jour, pâteuses ; il n'y a pas de sang.

La région cæco-appendiculaire est toujours douloureuse et on sent toujours dans la profondeur un empâtement net.

Le malade est évacué le lendemain pour nécessités militaires.

Ce malade ne put être suivi et le laboratoire n'a pu nous donner de résultat précis. Nous croyons avoir affaire à une dysenterie chronique récidivante non étiquetée.

Les phénomènes réactionnels appendiculaires étaient ici cliniquement très nets.

OBSERVATION VI

K..., prisonnier autrichien, vingt-trois ans. Entre à l'hôpital le 1^{er} août 1918.

L'interrogatoire du malade qui ne parle pas l'allemand est difficile. Cependant on peut savoir qu'il est en Albanie depuis cinq mois, mars 1918.

En mai de la même année, poussée nette de dysenterie, coliques, ténésme, épreintes, selles glaireuses avec sang dans les matières.

Il se plaint depuis quelques jours de douleurs dans la fosse iliaque droite et il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic suivant : « Appendicite. En observation ».

2 août 1918. — Le malade est fatigué, amaigri. La température oscille autour de 38 avec des poussées jusqu'à 39 degrés. Le pouls entre 80 et 90.

Le malade ne vomit pas.

La langue n'est pas sale. Le malade se plaint de coliques violentes, il a du ténesme assez marqué et des épreintes fréquentes.

L'abdomen est douloureux tout entier, mais la douleur est plus marquée dans la fosse iliaque droite.

Il n'y a pas d'hypéresthésie cutanée.

La pression au point de Marc Burney éveille une douleur nettement localisée vive ; la paroi musculaire se défend légèrement mais cette réaction cède rapidement.

L'extension des spoas n'est pas douloureuse.

Il n'y a pas de douleur à la transmission de gauche à droite.

La palpation éveille aussi une douleur sur le côlon descendant et l'S. iliaque. On ne sent nulle part aucun empatement.

Les selles de 4 à 5 par jour sont très glaireuses « en tas » « bouse de vache », quelques-unes striées de sang, chaque évacuation est précédée et accompagnée de coliques.

On pratique trois examens microscopiques successifs entre le 3 et 10 août. Cet examen des selles au laboratoire donne comme résultat : pas d'amibes, pas de flagellés, des spirilles très abondants.

Deux copro-cultures sont négatives.

On institue le traitement à l'émétine 0,04 le matin, 0,08 le soir pendant quatre jours. Sulfate de soude à petites doses, XV gouttes de laudanum, lavages intestinaux à la liqueur de Labarraque. En même temps à cinq jours d'intervalle on injecte deux fois 0,20 de Néo-Salvarsan.

Sous l'influence du traitement les selles tombent à une par jour et la température de 38°8 à 37 degrés.

18 août. — On constate une amélioration extrêmement nette de tous les symptômes. Le syndrome douloureux dysentérique a disparu.

Le malade n'a plus qu'une selle par jour, non moulée, selle « en tas », pas de glaires, pas de sang.

La palpation du côlon descendant et de l'S iliaque n'est plus douloureuse. Il persiste toujours, mais très atténuée, de la douleur au niveau de la région cæco-appendiculaire. Le malade est évacué en bon état le 20 août.

Il s'agit d'une dysenterie spirillaire associée peut-être avec une dysenterie amibienne si l'on admet avec Chauffard que le traitement à l'émétine est un traitement « pierre de touche ». Ici il fit en effet disparaître rapidement les accidents.

En somme, dans ces six observations nous avons constaté, évoluant parallèlement, un syndrome clinique appendiculaire avec ses symptômes propres et un syndrome dysentérique de dysenterie chronique récidivante. Les examens de laboratoire des selles nous ont permis de constater que nous avons affaire une fois à la dysenterie bacillaire (obs. II), trois fois à une dysenterie amibienne (obs. I-III-IV), une fois à une dysenterie sans étiquette (obs. V), une fois à une dysenterie avec spirilles (obs. VI), peut-être associés avec de l'amibiase, ce qui tend à prouver que la nature de l'agent pathogène semble influencer peu sur les manifestations spéciales de réactions appendiculaires que nous venons d'étudier.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Est-ce réellement une appendicite ? La réponse serait facile si dans la seule appendicectomie que nous pûmes avoir, on avait trouvé des lésions appendiculaires. Or, il n'en est pas ainsi (Obs. I) l'appendice fut trouvé nettement sain.

D'autre part il n'est pas douteux, et les autopsies faites sont là pour confirmer notre manière de voir, qu'il existe sûrement des lésions appendiculaires qui sont relativement fréquentes surtout dans la dysenterie amibienne.

Il nous paraît donc logique de conclure qu'il existe vraiment une appendicite avec lésions de cet organe, mais à côté il y a un syndrome clinique ayant toute l'allure d'une appendicite qui peut exister au cours des dysenteries chroniques récidivantes et que nous appellerons le syndrome pseudo-appendiculaire.

A l'appui de cette manière de voir, il nous semble intéressant de rapporter ici une observation de Leroy des Barres parue *in* Tissier. Thèse Paris 1903.

OBSERVATION (Résumée)

Marius C..., âgé de vingt et un ans, soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 28 octobre 1900 évacué pour une dysenterie aiguë. Le nombre des selles avait été de 30 le 22 octobre pour arriver à 8 le jour de son entrée.

30 octobre. — Six selles liquides, jaunâtres, le malade se plaint de vives douleurs, dans la fosse iliaque droite, très sensible à la pression. Il n'y a pas de fièvre.

31 octobre. — Douleur à la pression au niveau de la partie inférieure du foie derrière les fausses côtes, température 37°3.

1^{er} novembre. — Trois selles liquides, température 37°5, douleur très vive localisée dans l'hypocondre droit ; en déprimant la paroi on éprouve la sensation d'un frottement ; à la percussion il y a de la sonorité dans le tiers supérieur de l'hypocondre. Le poulx est petit, filiforme, 126 pulsations.

2 novembre. — Facies grippé, température 38°8.

3 novembre. — Même état, selles nombreuses, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, vomissements continus ; température 38°2. A la palpation on trouve une tumeur au niveau du cæcum.

4 novembre. — Même état, la douleur persiste, on décide la laparotomie pratiquée par Leroy des Barres. Au niveau du cæcum que l'on sentait induré, on incise couche par couche. La masse que l'on sentait était formée par le cæcum tuméfié, dur, d'un rouge violacé, très augmenté de volume. La partie indurée est longue d'environ 20 centimètres et s'étend sur la partie initiale du côlon ascendant.

L'appendice fut trouvé sain.

Ici encore, au cours d'une poussée de dysenterie, il y eut, semble-t-il, un syndrome net clinique d'appendicite aiguë avec phénomènes beaucoup plus marqués que dans nos observations : Autre fait intéressant, le cæcum seul fut trouvé lésé (nous verrons plus loin l'importance de ce fait) alors que l'appendice était parfaitement intact.

A quoi correspond alors ce syndrome pseudo-appendiculaire ?

Est-ce des troubles d'origine névritique analogues à ceux qu'a décrit Lœper, dans la cœlialgie, au cours des dysenteries chroniques ?

En 1883 et 1900 Blashko et Bomôme avaient déjà décrit des altérations péri-nerveuses et nerveuses indiscutables.

Lœper écrit : « La lésion dysentérique entame fortement la muqueuse, met à nu la sous-muqueuse où s'entassent des éléments leucocytaires... L'infiltration s'étend en profondeur, gagne, entame les filets nerveux, les pénètre, les dissocie... Le tissu conjonctif s'épaissit et finit par transformer certains îlots en un bloc fibreux méconnaissable. » Avons-nous affaire à des troubles de cet ordre, peut-être un peu, en ce sens que toute lésion dysentérique détermine une lésion nerveuse... mais cette altération n'expliquerait jamais le véritable syndrome réactionnel que nous constatons, avec quelquefois même des phénomènes plastiques de péritonite (Obs. V). C'est tout à fait autre chose.

Deglos dans une étude sur le « Syndrome doulou-

reux abdominal de l'entérite chronique des amibiens » a parlé de troubles douloureux d'ordre sympathico-abdominal chez des malades très amaigris par les poussées successives dysentériques, par des diarrhées persistantes. Ces troubles ont d'ailleurs une allure spéciale, sensation de pesanteur, des douleurs en barre, localisées assez bas quelquefois autour de l'ombilic, sensation de tiraillements avec parfois des états nauséux et des vomissements. Ces troubles sont pour lui, dus aux tiraillements, par les organes ptosés chez des amaigris, des filets du sympathique et du plexus cœliaque.

Rien qui ressemble encore à ce que nous appelons le syndrome pseudo-appendiculaire. Nous croyons que ces phénomènes douloureux sont inexplicables par leur seule origine nerveuse et qu'ils sont dus dans les cas où l'appendice lui-même n'est pas lésé à des lésions dysentériques du fond de l'ampoule cœcale.

Nous sommes évidemment forcés de rester dans le domaine de l'hypothèse, puisque nous n'avons eu, dans les observations étudiées, aucune confirmation d'autopsie. Mais il est constant que chez les malades autopsiés on a toujours trouvé des lésions de l'ampoule cœcale et en particulier du fond de cette ampoule. Dans les 49 autopsies faites à Koritza par Heuyer, des lésions cœcales furent constatées quarante-huit fois. D'autre part, dans l'observation de Leroy des Barres rapportée par nous, il fut trouvé un appendice sain et un cæcum malade, tout comme dans notre observation personnelle (Obs. I).

Dans ces conditions, nous croyons être autorisé à conclure que cette inflammation du fond de l'ampoule cæcale presque constante peut dans certains cas donner lieu à un véritable syndrome pseudo-appendiculaire au cours des dysenteries chroniques récidivantes. Ce syndrome nous semble devoir prendre place à côté de la cælialgie décrite par Lœper, à côté des troubles d'ordre sympathico-abdominal décrits par Deglos, syndrome pseudo-appendiculaire avec ses symptômes bien différenciés au cours des dysenteries chroniques.

Le diagnostic entre cette forme et l'appendicite vraie est très délicat, sinon impossible, et il sera prudent de réserver toujours son diagnostic en pareil cas.

En face d'un malade présentant ce syndrome, une autre question reste à poser.

Quel est l'agent pathologique de la dysenterie concomitante, chose importante à savoir puisque souvent les phénomènes disparaissent avec le traitement spécifique approprié.

Ici le laboratoire doit répondre et c'est à lui que doit revenir la solution de cette question. Il ne faut pas croire en effet que seule l'amibiase chronique peut donner ces phénomènes réactionnels de l'appendice, puisque nous avons constaté que la dysenterie bacillaire (Obs. II), la dysenterie sans étiquette (Obs. V) pouvaient déterminer également un syndrome appendiculaire.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Il est très difficile à établir.

Dans les dysenteries aiguës il dépend beaucoup plus de la gravité de la dysenterie que la lésion appendiculaire. Il faut toutefois se souvenir de la fréquence des perforations de l'appendice et se méfier des phénomènes réactionnels qui se passeraient de son côté.

Dans les dysenteries chroniques récidivantes, le pronostic est beaucoup moins grave, c'est un peu celui des appendicites chroniques à rechute avec cette difficulté en plus qu'on peut toujours se demander la conduite à tenir, du fait que l'appendice peut ne pas être lésé.

Quel est le traitement à appliquer ?

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

A notre avis le premier traitement doit être purement médical, nous étudierons plus loin les indications opératoires.

Laissant de côté les phénomènes appendiculaires, il faut traiter d'abord la dysenterie.

Le repos de l'intestin doit être obtenu le plus possible et le régime lacté paraît remplir les meilleures conditions, lait chaud absorbé souvent par petites gorgées, pur si le malade le supporte, coupé d'eaux d'Evian, Vichy ou Vals, d'eau de chaux (1 à 2 gr. par litre) ou thé léger au cas contraire. On emploie aussi les laits aigris.

Par suite des fermentations qu'il amène, tous les intestins ne supportent pas le lait ; à ceux-là il faut donner bouillon de légumes, farines, purées, à condition expresse qu'il n'entre pas de lait dans leur composition.

On associe à ce régime les laxatifs salins donnés à petites dose journalières de 3 à 4 grammes, donnés par d'autres à la dose de 20 à 25 grammes, pris en plusieurs fois dans la journée. Le sulfate de soude

est le plus employé : on donne souvent en même temps du laudanum qui combat la douleur.

Ce qu'il faut faire surtout et le plus rapidement possible c'est instituer la médication spécifique du microbe pathogène : indication donnée par le laboratoire.

Pour la dysenterie bacillaire, le sérum antidysentérique donné à doses massives de 60, 80 centimètres cubes dans la journée et quelquefois plus, quand la dysenterie est particulièrement grave.

Pour la dysenterie amibienne, l'ipéca semble spécifique. On l'a donné sous forme de pilules de Segond, sous forme d'ipéca à la brésilienne, il nous paraît que l'émétine est encore la meilleure façon, la plus pratique d'administrer l'ipéca. Nous l'avons employé sous la forme 0,04 le matin, 0,08 le soir pendant quatre jours ou sous la forme progressive 0,04, 0,08, 0,12 et décroissante, 0,12, 0,08, 0,04 pendant six jours.

En même temps il est excellent de faire aux malades des injections intra-veineuses de Néo-Salvarsan : 0,20 à 0,40 en deux fois. Le Néo-Salvarsan remonte le malade et semble avoir en outre une action efficace sur les kystes amibiens et les spirilles intestinaux.

Nous n'avons pas l'expérience du Simarouba et du Kho-Sam.

A côté de ce traitement général, il faut appliquer un traitement local par lavages intestinaux antiseptiques. La canule ne doit pas entrer au delà de

0,08 centimètres et suivant le plus ou moins de hauteur du siège supposé de la lésion, il faut injecter de 250 à 1000 centimètres cubes du liquide modificateur. Les deux solutions les plus employées sont le nitrate d'argent à 0,50/000, la liqueur de Labarraque à 50/000.

Si les phénomènes appendiculaires ne cèdent pas au traitement médical de la dysenterie concomitante, la question de l'indication opératoire doit se poser ; s'ils cèdent, l'indication est moins nette mais elle peut être aussi discutée.

Leroy des Barres dans son mémoire à la Société de Chirurgie de février 1912 est très affirmatif, nous résumons ici les indications qu'il donne :

1° Dysenterie légère avec signes d'appendicite peu accentués, il ne faut pas opérer, seul le traitement suffit et amènera la sédation des symptômes ;

2° Il existe une appendicite très nette au cours d'une dysenterie légère, il faut opérer ;

3° Appendicite légère au cours de dysenterie grave il faut opérer.

Opération de choix : résection de l'appendice avec fixation du cæcum aux lèvres de l'incision, cæcostomie si la dysenterie continue avec lavages antiseptiques par voie descendante.

Pour nous toute lésion appendiculaire se traduisant par un syndrome clinique même léger au cours d'une dysenterie aiguë doit être opérée de suite. Nous ne pouvons en donner de meilleures raisons que la fréquence des perforations au niveau de l'appendice ;

peut-être parfois pourrait on ainsi éviter une péritonite mortelle et cette seule considération nous semble justifier l'indication opératoire.

L'opération de choix est l'appendicectomie avec cœcostomie.

L'appendicectomie telle qu'elle a été pratiquée par Cotte ne nous paraît pas indiquée ici en raison de la lésion de l'organe.

La cœcostomie permet des lavages de la muqueuse malade par voie cæcum, côlon, anse sigmoïde, rectum ; elle a été pratiquée avec succès par Leveuf et Heuyer et nous semble réunir les meilleures conditions d'efficacité puisque nous admettons avoir affaire à des dysenteries aiguës graves avec lésions cæcales.

Dans les dysenteries chroniques récidivantes, le problème est plus délicat du fait de la lésion douteuse de l'appendice. On se trouve en somme en face du tableau des appendicites chroniques à rechute et il semblerait tout simple d'attendre la fin de la crise et pratiquer « à froid » une appendicectomie dans les meilleures conditions possibles. Comme il est fort difficile de faire le point de départ entre l'appendicite vraie et le syndrome pseudo-appendiculaire, le choix de traitement chirurgical ou du traitement médical nous semble devoir être laissé à l'appréciation du clinicien, mieux placé pour étudier le malade et les variations de symptômes si variables d'un malade à un autre.

Dans ce cas-là, le traitement médical nous paraît

être la pierre de touche. Sous son influence il peut se produire deux choses :

1° Les phénomènes appendiculaires s'amendent disparaissent ; il ne reste plus alors qu'à continuer le traitement général de la dysenterie concomitante ;

2° Les phénomènes appendiculaires ne s'amendent, pas, persistent ou s'aggravent, dans ce cas il faut opérer. L'opération de choix nous paraît encore ici l'appendicectomie suivie de cœcostomie, si l'opération permet de constater des lésions du cæcum.

CONCLUSIONS

1° Il existe au cours des dysenteries aiguës une appendicite vraie, c'est-à-dire des ulcérations de l'appendice entraînant un syndrome clinique appendiculaire.

Cette appendicite est le plus souvent masquée par l'évolution de la dysenterie ; dans d'autres cas elle disparaît dans les phénomènes de péritonite généralisée dus à la perforation de l'organe. C'est généralement une trouvaille d'autopsie.

2° A côté de cette appendicite vraie, il existe au cours des dysenteries chroniques récidivantes un syndrome pseudo-appendiculaire, caractérisé par une symptomatologie clinique nette mais sans lésions de l'appendice.

Ce syndrome nous paraît dû aux réactions déterminées par des lésions dysentériques de l'ampoule cæcale dont la constance presque absolue est constatée au cours d'autopsies de sujets morts de dysenterie.

Appendicite et syndrome pseudo-appendiculaire sont plus fréquents dans les dysenteries amibiennes

que dans les dysenteries bacillaires et les dysenteries non étiquetées.

3° Une manifestation appendiculaire au cours d'une dysenterie aiguë doit être traitée chirurgicalement de façon à éviter une perforation toujours possible. L'appendice enlevé, il est utile de pratiquer une cæcostomie complémentaire qui permettra d'agir par des lavages appropriés sur les ulcérations dysentériques du cæcum.

4° Une manifestation appendiculaire au cours d'une dysenterie chronique récidivante ne doit être traitée chirurgicalement que lorsque le traitement de la dysenterie n'a pu amener la disparition de ces symptômes appendiculaires.

Vu : le président de la thèse

P. DELBET

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Bérard et Vignaud.* — De l'appendicite: Entérites spécifiques et appendicite, page 118.
- Carnot (P.) et Turquet.* — Les maladies d'importation exotique depuis la guerre (Paris-médical, 1^{er} décembre 1917).
- Chastenet.* — Recherches sur l'appendicite (Thèse de Paris, 1897).
- Cotte (J.).* — De l'appendicectomie dans le traitement des dysenteries aiguës graves (Journal de chirurgie, tome XIV, n° 5, p. 462).
- Deglos.* — Syndrome abdominal douloureux de l'entérite chronique des amibiens (Paris-médical, 13 juillet 1918).
- Dopter.* — Les dysenteries, p. 142.
- Hoppe-Seyler.* — De l'appendicite consécutive à l'entérite amibienne chronique (Munchen Medical Wochenschrift, 12 avril 1904, p. 646).
- Job.* — Dysenterie amibienne autochtone. Dysenterie bacillaire et infections à Para B (Société médicale des Hôpitaux. Octobre 1915).
- Kartulis.* — Virchow's Archive, page 105-108.
- Labbé (Marcel).* — La fréquence de la dysenterie amibienne (Société méd. des Hôpitaux, 29 avril 1919).
- Leroy des Barres.* — Relation de l'appendicite avec la dysenterie amibienne, commenté par Ombredanne (Bulletin de la Société de chirurgie, 14 février 1912).
- Lesieur.* — Entérites simples et dysenteries, notes cliniques et bactériologiques (Paris-médical, 27 janvier 1917).

Leveuf et Heuyer. — Les indications opératoires de la cæcostomie dans le traitement des Dysenteries (Société de chirurgie, décembre 1918).

Loeper. — Cælialgie durable chez les dysentériques (Progrès médical, 8 février 1919).

Moty. — Une appendicite au cours d'une dysenterie (Bulletin Société de chirurgie, 3 mars 1892).

Mouriquand et Deglos. — Les fonctions digestives chez les dysentériques bacillaires et amibiens. Troubles immédiats et tardifs (Société médicale des Hôpitaux, 15 janvier 1917).

Ravand et Kronulitsky. — Quelques formes cliniques de dysenterie amibienne dans les régions du Nord (Presse médicale du 15 juin 1916).

— Etats dysentérieformes et dysenteries au cours de la guerre (Revue générale de Pathologie de la guerre, 1916).

Strong et Musgrave. — Report of the Surgeon general of the Army to the Secretary of War for 1900 (Washington 1900).

Vincent et Muratle. — Les dysenteries.

DE LA RECHERCHE
DU BACILLE DE KOCH

DANS LES

TUBERCULOSES RÉNALES

FRÉQUENCE DES EXAMENS POSITIFS

